



# 14<sup>th</sup> TLSG Educational Course

September 11-12, 2021

VIRTUAL CONFERENCE

## ใบลงทะเบียน

นพ.  พญ.  นาย  นาง  นางสาว: \_\_\_\_\_

ชื่อ-นามสกุลภาษาอังกฤษ: \_\_\_\_\_

สถาบัน: \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง: \_\_\_\_\_

ที่อยู่ติดต่อ: \_\_\_\_\_

รหัสไปรษณีย์: \_\_\_\_\_

อีเมล: (โปรดระบุให้อ่านได้ชัดเจน)\* \_\_\_\_\_ โทร: \_\_\_\_\_

### ค่าลงทะเบียน:

ประเภทผู้ลงทะเบียน	ค่าลงทะเบียน	จำนวนเงินที่ชำระ
<input type="checkbox"/> แพทย์/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	2,000 บาท	
<input type="checkbox"/> แพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด	1,500 บาท	
<input type="checkbox"/> พยาบาล/นักเทคนิคการแพทย์	1,500 บาท	

### การชำระเงิน:

<input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาภาษาไทย ชื่อบัญชี "ชมรมโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองแห่งประเทศไทย สลท." เลขที่บัญชี 045-299182-3 (กรุณาแนบใบโอนเงินมาพร้อมใบลงทะเบียน)	มีความประสงค์ให้ออกใบเสร็จในนามและที่อยู่ ต่อไปนี้ _____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> เช็คธนาคาร _____ เลขที่: _____ ลงวันที่: _____ สั่งจ่ายในนาม "ชมรมโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองแห่งประเทศไทย สลท."	

**การยกเลิกลงทะเบียน:** 1. การยกเลิกลงทะเบียนภายในวันที่ 30 สิงหาคม 2564 ชมรมฯ จะคืนค่าลงทะเบียนให้สำนักงาน  
ประชุมโดยหักค่าธรรมเนียมร้อยละ 25 ของค่าลงทะเบียน ทั้งนี้จะต้องมีหนังสือแจ้งเป็นลาย  
ลักษณ์อักษรมายังชมรมฯ

2. การยกเลิกหลังวันที่ 30 สิงหาคม 2564 จะไม่ได้รับเงินค่าลงทะเบียนคืน

ลงชื่อผู้สมัคร \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_

กรุณาส่งใบลงทะเบียนที่: ชมรมโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองแห่งประเทศไทย c/o สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย

ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์ 02 716-5977 โทรสาร 02 716-5978 อีเมล joi@tsh.or.th